

Fax : 03-3541-0758

第43回温泉療法医教育研修会申込書

年 月 日

氏名	(会員番号：)	男・女	西暦 年 月 日生 歳
勤務先 所 属	(〒)		
連絡先 住 所	TEL : FAX :		
E-mail			
最 終 学 歴	(年卒業)	医 師 免 許	年 月所得 科 No.
会員歴	未入会 既会員 (年度入会)	受講歴	初 回 ・ 再受講

下記□にチェックをお願い致します。

①現地参加

②WEB上の参加希望

領収証の宛名 ①氏名のみ ②所属先のみ ③所属先と氏名

所属先が上記と違う場合： _____